

УДК 618 (082)

ББК 57.1я43

З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан

Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський

Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис

Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. С.Р. Галіч

Проф. В.Г. Дубініна

Проф. З.М. Дубосарська

Проф. І.А. Жабченко

член-кор. НАМН України В.І. Медвідь

Проф. Т.Г. Романенко

Проф. О.В. Ромащенко

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію

Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – 464 с.

ISBN 978-966-8977-32-9.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)

ББК 57.1я43

5. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии.-Санкт-Петербург, – 2005. – 860 с.
6. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология-К.2003.-304 с.
7. Царегородцева Т.М., Серова Т.И. Диагностическое и прогностическое значение показателей гуморального иммунного статуса при заболеваниях органов пищеварения. // Гастроэнтерология. – 2007.–№ 2. – С.93-99.
8. Lenaerts C. Surveillance for cystic fibrosis-associated hepatobiliary disease:early ultrasound changes and predisposing factors [Text]/C.Lenaerts, C. Lapierre, H. Patrquin// J. Pediatr., 2003-vol.143-P.343-50.
9. Wedemeyer H.Fatty. Liver Disease [Text]/ H. Wedemeyer, M.P. Manns.- Conference Report: 38th Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver(EASL); Geneva, Switzerland, July 3-6, 2003.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

ЛИПКО О.П., ВЕСИЧ Т.Л., ПЯТИКОП О.В., ЧЕРНЯЕВА, ЮРКОВА О.В.

г. Харьков

Актуальность проблемы перенесенной беременности определяется большим числом осложнений в родах со стороны матери и плода, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью, высокой частотой родового травматизма, оперативного родоразрешения, а также послеродовых осложнений, особенно у женщин высокого риска. При перенашивании в 1,5-2 раза увеличивается перинатальная смертность, в большей мере за счёт интранатальной гибели плода [1].

Согласно данным большинства авторов частота перенашивания колеблется от 1,4% до 14%, составляя в среднем 10% [1,5].

При перенашивании беременности нарушается равновесие в гормональной и гуморальной системах организма женщины. Существует мнение, что цитокины (интерлейкины, фактор некроза опухоли) принимают участие в инициации родовой деятельности, стимулируют выработку АКТГ, глюкокортикоидов. В литературе описаны результаты экспериментов, которые свидетельствуют, о влиянии озона на выброс цитокинов – медиаторов тканевого повреждения, а именно увеличении уровня концентрации цитокинов при ингаляции газообразного озона и достоверном снижении этого показателя при внутрисосудистом введении растворов, насыщенных озоном [3].

Известно, что интерферон предупреждает проникновение вируса в клетку хозяина, фактор некроза опухоли способен лизировать злокачественно перерождающиеся клетки, интерлейкин-1 активирует Т-киллеры и Т-хелперы, последние, в свою очередь, в ответ на воздействие интерлейкина-1 начинают синтезировать целую серию биологически активных веществ – лимфокинов, вызывающих пролиферацию Т-лимфоцитов, превращение В-лимфоцитов в плазматические клетки с повышением синтеза иммуноглобулинов. Таким образом, озон вызывает целый каскад иммунных реакций, направленных на усиление защитных возможностей организма.

Согласно приказу МОЗ Украины №901 в качестве профилактических мер перенашивания беременности используются простагландины и ламинарии, которые, в свою очередь, имеют отрицательное влияние, как на состояние матери, так и на состояние плода, в связи с чем применение их ограничено.

Учитывая вышеизложенное целью нашей работы явился поиск нового доступного малоинвазивного и эффективного способа предотвращения перенашивания беременности.

Матеріали і методи

Для досягнення поставленої цілі під нашим спостереженням знаходилися 45 вагітних високого ризику по розвитку перенашивания вагітності. По нашим даним, факторами ризику розвитку перенашивания вагітності є вік вагітних старше 30 років, число родов в анамнезі - 3 і більше, гінекологічний анамнез, отягощений бесплодієм, загрозою преривання вагітності, штучними абортами, ускладнення нинішньої вагітності (загроза преривання, фетоплацентарна недостатність). Контрольну групу склали 15 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності і родов в строці 38-40 тижнів. Всім вагітним проводилося повне клініко-лабораторне дослідження, ультразвукове дослідження, визначення рівня гормонів (естрадіол, прогестерон, кортизол) в сироватці крові здійснювалося імуноферментним методом з використанням тест-наборів реактивів ЗАО «Біо Акро», Визначення рівня ЦИК проводили спектрофотометричним методом. Рівень імуноглобулінів основних класів G, A, M в сироватці крові визначали методом простої радіальної імунодифузії по Manchini.

Вивчення вмісту в периферическій крові цитокінів - фактора некрозу опухли-а (TNF-) і інтерлейкінів (ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-10) проводилося з допомогою застосування твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA). Для встановлення концентрації вказаних цитокінів використовували набори реагентів ТОО «Цитокін», (г. Санкт-Петербург).

В залежності від використовуваного методу профілактики перенашивания вагітності основна група вагітних була розділена на 2 підгрупи. В першу вошли 20 вагітних, у яких застосовувалися загальноприйняті методи профілактики перенашивания з використанням інтравагінальних препаратів, що містять простагландину (препидил-гель). Другу підгрупу склали 25 вагітних, у яких застосовувалася комбінована схема з використанням загальноприйнятого медикаментозного впливу озонотерапію. Нами застосовувалася методика внутрішньовенного крапельного введення озонированного 0,9% фізіологічного розчину в кількості 200 мл, який є оптимальним носіелем розчиненого озона.

Результати дослідження і їх обговорення

В результаті проведених досліджень звернуло на себе увагу, що імунологічні зміщення у досліджуваних пацієнток основної групи раніше всього торкнулися клітинного ланки імунітету і характеризувалися дисбалансом вмісту загальної популяції Т-лімфоцитів, їх субпопуляцій СД3+, СД4+, СД8+, зміною імунорегуляторного індексу СД4+ / СД8+, а також порушенням оптимального співвідношення Th1 і Th2 цитокінів, при достовірному зниженні рівня ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-6 і TNF α , при підвищеному вмісті ІЛ-4, ІЛ-10, дисімуноглобулінемія на фоні підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів. Аналізуючи гормональні показники було визначено, що у вагітних з перенашиванням спостерігалося підвищення вмісту прогестерону (213,4 \pm 4,6нг/мл) і зниження естрадіола (19.8 \pm 1,2нг/мл).

В результаті проведення комплексного методу профілактики перенашивания вагітності регулярна родова діяльність наступила у 22 вагітних, в строці 12 годин (88%), ефективність застосування традиційних методів склали 65%.

Імунологічні і гормональні показники во другій підгрупі мали достовірну тенденцію до нормалізації, практично досягаючи контрольних цифр. Осложнень, пов'язаних з застосуванням озонотерапії, як з боку матері, так і з боку плоду нами виявлено не було.

Достовірність отриманих результатів дозволяє визначити важке патогенетичне значення змін гормонального і імунологічного статусу в розвитку ускладнень гестаційного процесу, пов'язаних з перенашиванням вагітності.

Висновки

1. Перенашивание вагітності характеризується порушенням гормонального і гуморального гомеостазу вагітної: зниженням концентрації естрадіола, кортизола, підвищенням прогестерону, ФНО в сироватці крові, зміщенням імунологічних показників.

2. Применение озонотерапии является патогенетически обоснованным эффективным методом профилактики перенашивания.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Дуда И.В., Дуда В.И.* Клиническое акушерство. - Мн.: Выш. Шк., 1997.- 604с.
2. *Козлов Д. В.* Дозозависимый эффект озона на структурно-функциональные свойства мембран эритроцитов / Д. В. Козлов, К. Н. Конторщикова // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции, «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». – Н. Новгород, 1998. – С. 14–15.
3. *Сидорова И.С., Макаров И.О.* Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты -М. : Знание-М, 2000, - 127с.
4. *Doany W., McCarty J.* Outpatient management of the uncomplicated postdate pregnancy with intravaginal prostaglandin E2 gel and membrane stripping // J. Matern. Fetal. Med. -1997.- Vol.6.-№2.- P.71-78.
5. *Alexander J., McIntire D., Leveno K.* Prolonged pregnancy: induction of labor.

РІДКА ФОРМА ЗОВНІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ – ЕНДОМЕТРІОЗ ЛЕГЕНЬ

*ЛІХАЧОВ В.К., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю.,
ВОРОДЮХІНА А.К., ПАНАСЕНКО Т.О.*

м.Полтава

Ендометріозу, як доброякісного гормонозалежного захворювання, властива інвазивність в підлеглі тканини, можливість ендометріюїдних гетеротопій переноситися з током крові, мати проліферативну активність і властивість до ангиогенезу [3, 4].

У жінок репродуктивного віку частота ендометріозу коливається в межах від 7 до 59% [3].

Найрозповсюднішою є генітальна форма ендометріозу (92-94%), екстрагенітальна локалізація діагностується значно рідше (6-8%) [3, 4].

Сьогодні ендометріоз є патологією, що потребує безперервного лікування, яке складається з призначення медикаментозних препаратів та проведення оперативного втручання [3, 4, 5].

Враховуючи естрогенозалежність патології, в лікуванні ендометріозу пріоритетним є консервативна терапія з використанням препаратів, що пригнічують секрецію естрогенів: агоністів гонадотропін-релізінг-гормонів (*диферелін, золадекс, люкрин-депо*), похідних тестостерону (*даназол*), комбінованих оральних контрацептивів, що вміщують прогестагени з максимальною антипроліферативною дією – дезогестрел (*новінет, мерсілон*), гестоден (*ліндінет – 20, логест*), дієногест (*жанін*) [3, 4]. Серед прогестагенів, рекомендованих до застосування при ендометріозі, препаратом вибору є візан (діюча речовина – *дієногест*), який має виразну антипроліферативну, протизапальну та протиангіогенну дію, зменшує, але не пригнічує зовсім секрецію ендogenous естрадіолу [5].

Вперше ендометріоз легень виявив С. Hart ще в 1912 р. під час аутопсії 72-річної жінки. На секції в легенях було виявлено безліч вузлів, що розташовувалися переважно під плеврою і при гістологічному дослідженні мали картину аденоміоза маткового походження [8]. В 1940 г. J. Hobbs, A. Bortnick експериментально показали можливість гематогенного генезу ендометріозу легень [7].